

TAXA DE INSCRIÇÃO - R\$ 15,00 POR CONTRATO

REGRAS DE ACEITAÇÃO

Titular: O Contratante do plano deverá ser maior de 18 anos de idade, se menor, a proposta deverá ser assinada por responsável maior de 18 anos de idade.

Dependentes: Cônjuge ou Companheiro(a) e Filhos(as) Naturais ou Adotivos e Enteados.

Não Aceita Agregados.

DATA DA VENDA E VENCIMENTO

Data da Venda	01 à 05	06 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 31
Venc.to. da Fatura	05	10	15	20	25	30

TABELAS DE CUSTOS

Faixas Etárias	PLENO 320 E - Enfermaria Rede Credenciada COM OBSTETRÍCIA		PLENO 320 A - Apartamento Rede Credenciada COM OBSTETRÍCIA	
	INDIVIDUAL	FAMILIAR	INDIVIDUAL	FAMILIAR
00 à 18 Anos	88,47	84,45	110,64	105,61
19 à 23 Anos	101,75	97,13	127,23	121,44
24 à 28 Anos	116,80	111,49	146,05	139,41
29 à 33 Anos	134,49	128,37	168,17	160,52
34 à 38 Anos	154,83	147,79	193,61	184,81
39 à 43 Anos	179,61	171,44	224,58	214,37
44 à 48 Anos	216,76	206,90	271,04	258,72
49 à 53 Anos	282,24	269,41	352,91	336,87
54 à 58 Anos	381,34	364,00	476,83	455,15
59 ou Mais	529,99	505,90	662,68	632,56

Faixas Etárias	MASTER 520 E - Enfermaria Rede Credenciada COM OBSTETRÍCIA		MASTER 520 A - Apartamento Rede Credenciada COM OBSTETRÍCIA	
	INDIVIDUAL	FAMILIAR	INDIVIDUAL	FAMILIAR
00 à 18 Anos	102,24	95,85	125,22	119,53
19 à 23 Anos	117,59	110,24	144,01	137,47
24 à 28 Anos	134,97	126,54	165,30	157,78
29 à 33 Anos	155,42	145,71	190,33	181,68
34 à 38 Anos	178,93	167,75	219,14	209,18
39 à 43 Anos	207,57	194,60	254,21	242,66
44 à 48 Anos	250,50	234,84	306,81	292,87
49 à 53 Anos	326,16	305,77	399,48	381,32
54 à 58 Anos	440,66	413,12	539,72	515,18
59 ou Mais	612,42	574,14	750,09	716,00

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

- > Cópia de RG e CPF do Titular (CPF Obrigatório Mesmo Quando Titular Menor de 18 Anos);
- > Comprovante de Residência Constando o CEP;
- > Certidão de Nascimento (Para Menores de 18 Anos).

IMPORTANTE

- > **As Vendas para Pessoas Com Idade Igual ou Superior a 59 (Cinquenta e Nove) Anos Não Há Comissionamento.**
- > **No Caso do Beneficiário estar Ativo no Sistema a Proposta Será Devolvida.**
- > **Previsão de Entrega do KIT SAÚDE MEDICOL (Carteirinha, Orientador e Boleto é de 03 (Três) à 05 (Cinco) Dias).**

PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE ADMISSÃO

- > Deve ser preenchida em todos seus campos, em letra de forma e sem rasuras, datadas, assinadas pelo Cliente Titular, ou responsável maior de 18 anos de idade, e pela Corretora sob o carimbo da mesma.
- > Obrigatório o Preenchimento, Sem Rasuras e com Assinatura do Titular, ou Responsável maior de 18 anos de idade para a Carta de Orientação ao Beneficiário.
- > A 1ª Via da Proposta de Admissão deverá ser encaminhada à **SAÚDE MEDICOL**, a 2ª Via ficará com a Corretora e a 3ª Via com o Cliente, que também valerá como recibo de pagamento da mensalidade.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- > Deve ser preenchida, obrigatoriamente, pelo titular ou responsável.
- > Passarão por Entrevista Médica Qualificada, a ser agendada pela **SAÚDE MEDICOL**, todas as Declarações de Saúde que constarem "**SIM**" em alguma patologia.
- > Não existe obrigatoriedade de Entrevista Qualificada para crianças que não tem "**SIM**" declarado.
- > É importante informar ao beneficiário titular quanto a colocação de peso e altura do titular e dos seus dependentes.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (CONTINUAÇÃO)

> Quando do recebimento da Proposta de Admissão na **SAÚDE MEDICOL** e que na Declaração de Saúde conste "**SIM**" o Departamento Comercial agendará a Entrevista Qualificada e informará ao Beneficiário Titular, o Dia, Hora e Local. As entrevistas tem sido agendadas para o mesmo dia ou para o dia seguinte ao recebimento.

> **A Entrevista Qualificada é realizada na Rua Leonardo da Vinci, Nº 1.202 - Metrô Conceição.**

Se no decorrer do contrato for detectada alguma Doença Pré-Existente que não tenha sido informada com "SIM" na declaração de saúde, a SAÚDE MEDICOL convocará o beneficiário que deverá passar pela Entrevista Qualificada, quando deverá assinar uma nova Declaração e passará a ter Carência para a Doença Informada.

ADITIVO DE CARÊNCIA

> Deverá ser assinado em duas vias, sendo uma para o Beneficiário e outra anexada na 1ª Via da Proposta de Admissão.

DOCUMENTAÇÃO PARA COMPRA DE CARÊNCIA

> Cópia da carteirinha da operadora anterior ou carta de permanência com carimbo e assinatura da Operadora anterior.

> Comprovante dos 03 (três) últimos pagamentos com autenticação bancária.

> Não há redução de carência para internações clínicas e cirúrgicas, independente da permanência no plano anterior.

REDUÇÃO DE CARÊNCIAS DE OUTROS PLANOS - PESSOA FÍSICA

Redução de Carências de outras Operadoras com tempo de contribuição acima de 12 (doze) meses no Plano Anterior e Inadimplência até 59 (Cinquenta e Nove) Dias.

Documentação Necessária:

> Três Últimos Boletos Pagos;

> Documento que Comprove a Data de Início do Plano Anterior;

> Quando Oriundo de Plano Empresarial, Será Necessário Carta da Empresa Constando as Informações: Operadora Anterior e Tempo de Permanência dos Titulares e Dependentes, Sendo Obrigatório o Carimbo do CNPJ, ou

> Carta de Permanência da Operadora Anterior.

> Redução para Usuários co Idade **ATÉ 59** (Cinquenta e Nove) Anos.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

> As vendas para pessoas com idade igual ou superior a 59 (cinquenta e nove) anos estão suspensas, pois não há comissionamento.

> As vendas para grávidas somente **PLANO SEM PARTO.**

> No caso do beneficiário estar ativo no sistema a proposta será devolvida.

> **Não aceita Agregados.**

> A previsão de entrega do **KIT SAÚDE MEDICOL** (carteirinha + orientador e boleto é de 03 (três) à 05 (cinco) dias).

> Além da ampla Rede Credenciada, temos o Sistema **ABRAMGE** que dá direito a utilização nas **URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS** em todo o território nacional.

INCLUSÕES DE DEPENDENTES E ALTERAÇÕES

Pessoa Física - A inclusão será feita pessoalmente com o Departamento de Cadastro na recepção do ambulatório médico, sito à Av. Leonardo da Vinci Nº 1.202, o responsável deverá portar RG, CPF e/ou Certidão de Nascimento do Beneficiário a ser incluso, junto com a Alta do Hospital se for o caso e a Carteirinha da Mãe.

Alterações de tipo de categoria do plano podem ser feitas pessoalmente no mesmo local ou encaminhar pedido via faz para o Departamento de Cadastro, com carta de próprio punho, contendo assinatura do responsável pelo contrato, sendo o número do faz o 5017-6003.

A vigência será sempre a partir do próximo vencimento.

DESTAQUES

Atendimentos 24 Horas

Marcação de Consultas

Cartão de Identificação.

Consultas Médica Com Hora Marcada

TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Alíneas	CARÊNCIA			CARÊNCIAS
	Promocional	Redução		
		De 06 à 12 Meses no Plano Anterior	Mais de 12 Meses no Plano Anterior	
A	24 Horas	24 Horas	24 Horas	* Para casos de Urgência e/ou Emergência, não resultante de acidente pessoal e estando o usuário em carência para o procedimento a ser realizado, haverá cobertura em ambiente ambulatorial apenas nas 12 (doze) horas do atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação, na forma da Resolução 15 do CONSU.
B	30 Dias	24 Horas	24 Horas	* Consultas Médicas Eletivas.
C	30 Dias	24 Horas	24 Horas	* Exames Laboratoriais com Apresentação d Identificação: Ácido úrico, Amilase, Bacterioscopia, Colesterol Total e Frações, Coprocultura, Creatinina, Fosfatase Alcalina, Glicemia, Hemograma Completo, K (Potássio), Na (Sódio), Papanicolau, Parasitológico de Fezes, Pesquisa de Baar, PPD (Reação Intradérmica para Mantoux), Tempo de Coagulação, Tempo de Sangramento, Teste de Gravidez na Urina, Transaminases, Tipagem Sanguínea, Uréia, Urina Tipo I, Urocultura + Antibiograma, VDRL. * Exames Complementares com apresentação da Carteira de Identificação: Acuidade Visual, Eletrocardiograma, Eletroencefalografia, Fundoscopia, Radiologia Simples (Sem Contraste).

TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS (CONTINUAÇÃO)

Alíneas	CARÊNCIA			CARÊNCIAS
	Promocional	Redução		
		De 06 à 12 Meses no Plano Anterior	Mais de 12 Meses no Plano Anterior	
D	90 Dias	60 Dias	24 Horas	* Exames e Serviços Especializados de Diagnóstico e Terapia: Amniocentese, Fisioterapia Ambulatorial, Ultrassonografia Obstétrica, Pélvica, Transvaginal, Órgãos e Estruturas Superficiais, Mamografia, Colposcopia, Vulvoscopia, Audiometria, Impedanciometria, Testes Alérgicos T3 T4 TSH e Pequenos Procedimentos Ambulatoriais * Exames Laboratoriais, exceto os Previstos na "Alínea C". * Exames Complementares, exceto os Previstos na "Alínea C".
E	150 Dias	90 Dias	30 Dias	* Exames e Serviços Super Especializados de Diagnóstico e Terapia: Amioscopia, Anatomopatologia e Citologia, Angiofluoresceinografia, Biópsias, Campimetria, Cardiotocografia, Densitometria Óssea, Ecocardiografia Uni ou Bidimensional, Color com Doppler e Transesofágica, Eletrocardiografia Dinâmica (Holter), Eletrococleografia, Endoscopias Digestiva, Escanometria, Exames Otoneurológicos, Fluoresceinografia, Fluxometria, Gasometria, MAPA (Monitoramento de Pressão Arterial), Neurofisiologia Clínica (Potencial Evocado, Mapeamento, Eletromiografia), Provas de Função Pulmonar, Planigrafia, Teste Ergométrico, Testes e Exercícios Ortópticos, Tonometria de Aplanção, Tonometria Computadorizada, Topografia Corneana, Ultrassonografia Colorida, Ultrassonografia com Doppler, Ultrassonografiado Abdômen Total.
F	180 Dias	180 Dias	90 Dias	* Internações: Clínicas, Cirúrgicas e Cirurgias Eletivas de qualquer espécie, inclusive para Transplantes de Rins e Córneas, Doenças Cardiovasculares, Neurovasculares, Oncológicas e outras decorrentes de Transplantes Renais. * Exames e Serviços Super Especializados de Diagnóstico e Terapia: Angioplastia, Angiografia Convencional ou Digital, Arteriografia, Artroscopia, Biópsias Aspirativas Percutâneas, Broncoscopia, Cistoscopia, Colonoscopia, Colangiopancreatografia, Diálise Peritoneal, Exames Decorrentes de Doenças Cardiovasculares e Neurovasculares, Estudos Urodinâmicos, Exames Neuro-Oftalmológicos, Eletroneuromiografia, Exames e Procedimentos Esterotáticos, Exames Genéticos, Hemodiálise, Hemodinâmica (Cineangiocoronariografia, Cateterismo Cardíaco), Implantes, Laparoscopias, Litotripsia, Medicina Nuclear (Cintilografias e Mapeamentos), Neuroradiologia, Polissonografia, Quimioterapia, Tomografia Computadorizada, Video-Laparoscopia, Radiocirurgia, Radioterapia, Radiologia, com Contraste, Radiologia Intervencionista, Retinografia, Ressonância Magnética, Torascoscopia, Traumatologia Buco-Maxilo e Demais Exames Equivalentes. Além dos demais procedimentos
G	300 Dias	300 Dias	300 Dias	* Parto a termo.

Parágrafo Único: O rol de exames em carência reduzida são taxativos e estão especificados no quadro acima, não se admitindo interpretações extensivas a exames e/ou procedimentos similares. Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições contratuais do contrato de plano privado de assistência à saúde.

CENTROS MÉDICOS

Unidade I – Centro Médico Jabaquara / São Paulo - S.P. (Av. Leonardo da Vinci, Nº 1.202)

Especialidade atendidas são:

Acupuntura	Cardiologia	Cirurgia Geral
Clínica Médica	Dermatologia	Endocrinologia
Gastroenterologia	Geriatria	Ginecologia
Infectologia	Nutrição	Obstetria
Oncologia	Ortopedia	Pneumologia
Proctologia	Reumatologia	

Unidade II – Centro Médico Jabaquara / São Paulo - S.P. (Rua dos Cajueiros, Nº 310)

Especialidade atendidas são:

Cardiologia	Cirurgia Geral	Clínica Médica
Endocrinologia	Gastroenterologia	Infectologia
Neurologia	Nutrição	Ortopedia
Otorrinolaringologia	Pediatria	Proctologia

Unidade I – Centro Médico Jabaquara / São Paulo - S.P. (Av. Leonardo da Vinci, Nº 1.202)

Especialidade atendidas são:

Psicologia	Psiquiatria	Reumatologia
	Urologia	

Unidade III – Centro Médico Diadema / Diadema - S.P. (Rua Silvio Donini, Nº 193 - Centro)

Especialidade atendidas são:

Cardiologia	Cirurgia Geral	Clínica Médica
Endocrinologia	Gastroenterologia	Infectologia
Neurologia	Nutrição	Ortopedia
Otorrinolaringologia	Pediatria	Proctologia
Psicologia	Psiquiatria	Reumatologia
	Urologia	

RESUMO DA REDE CREDENCIADA

PLENO

Zona Sul	Zona Norte	Zona Leste	Zona Oeste
Santa Casa de Mis. Sto Amaro (PS/M/I), Hosp Dom Antônio Alvarenga (PS/M/I), Hosp Ruben Berta (PS/I*), API - Assistência Psiquiátrica Integrada (PS/I Psiquiatria), Hosp Bosque da Saúde (PS**/M), GRAACC (Oncologia Inf.).	Hosp San Paolo (PS/M/I), Hosp Presidente (PS/I).	Hosp Central de Guaianazes (PS/M/I), Hosp e Mat Master Clin (PS/M/I), Hosp e Mat São Miguel Paulista (PS/M), Hosp e Mat do Brás (M), Hosp Aviccena (PS/I), Day Hosp Ermelino Matarazzo (PS/I).	Hosp Albert Sabin (PS/M/I)

Centro

Hosp Adventista (M), Hosp Cruz Azul (PS/M/I).

Outras Localidades

Osasco: Hosp e Mat Montreal (PS/M/I), **Caieiras:** EMED Serv. Médicos Caieiras (PS/M/I), **Taboão da Serra:** Hosp Family (PS/I), **Guarulhos:** Hosp Bom Clima (PS/M/I), **Ferraz de Vasconcelos:** Pró Mater Santo Antônio (PS), **Arujá:** Hosp Lions Clube de Arujá (PS/M/I), **Mauá:** Santa casa de Misericórdia de Mauá (PS/M/I), **Diadema:** Hosp São Lucas (PS/M/I), **São Bernardo do Campo:** Hosp São Bernardo (PS/I), Hosp Alvorada Taguatinga (PS**/M), Hosp Ifor (PS Ortopedia), **São Caetano do Sul:** Hosp Central de São Caetano do Sul (PS/I), Hosp Nossa Senhora de Fátima (PS/M/I), **Santo André:** Hosp Coração de Jesus (PS/M/I).

MÁSTER

Zona Sul	Zona Leste
Hosp Nossa Senhora de Lourdes (PS/I), Hosp da Criança (PS/I Infantil), Hosp Santa Marina (M).	Hosp e Mat Santa Marcelina (PS/M/I), CEMA Hosp Especializado (Oftalmo/Otorrino).

Zona Norte

CEMA Hosp Especializado (Oftalmo/Otorrino).

Outras Localidades

Santao André: Hosp Bartira (PS/M/I), **Guarulhos:** Hosp Stella Maris (PS/M/I), **Osasco:** Hosp Sino Brasileiro (PS/M/I).

LABORATÓRIOS

PLENO	MÁSTER
Laboratório Mello.	Laboratório Campana.

LEGENDAS

**PS = Pronto Socorro / I = Internação Eletiva / M = Maternidade
* = Otorrino e Cirurgia da Cabeça ** = Ginecologia e Obstetrícia**

ATENÇÃO: Rede Credenciada Sujeita a Alteração Sem Prévio Aviso por Parte da Operadora. As Informações Acima estão Resumidas, para Maiores Informações Sobre a Rede Credenciada Consulte o Orientador Médico ou o Site Oficial para Verificar as Especialidades Cobertas por Cada Prestador. Quaisquer outras Dúvidas, como Regras de Comercialização ou Outras Dúvidas Sobre o Plano / Produto Consulte seu Supervisor / Corretor.